GUIA CLINICA DE DIABETES MELLITUS

Descripción y epidemiología de la diabetes tipo 2

- La hiperglicemia crónica define a la diabetes tipo 2, condición que trae como consecuencia daño a nivel microangiopático (retinopatía, nefropatía y neuropatía) y macrovascular (enfermedad isquémica del corazón, ataque cerebral y enfermedad vascular periférica).
- La diabetes se asocia a una reducción en la expectativa de vida, aumento del riesgo de complicaciones y de eventos mórbidos relacionados con las complicaciones crónicas, disminución en la calidad de vida.

Diabetes tipo 2 en Chile

- La prevalencia de diabetes en nuestro país se estima entre 4,2% y 7,5% según las encuestas realizadas a nivel nacional los años 2003 y 2006, por el Ministerio de Salud y la ADICH, respectivamente.
- A diferencia de lo que se describe a nivel internacional, que la mitad de aquellos con la enfermedad desconoce su condición, en Chile sobre el 85% de las personas que tiene diabetes conoce su condición; el problema radica en la baja proporción de las personas afectadas que está bien controlada (tiene niveles de glicemia dentro de rangos normales), 19,7% y 17,6% respectivamente, según las fuentes ya citadas.

Diabetes tipo 2 en Chile

- La Encuesta Nacional de Salud no encontró diferencias significativas en la prevalencia de diabetes según sexo.
- Al analizar la prevalencia según grupos de edad, se observa que ésta aumenta en forma significativa después de los 44 años, alcanza una prevalencia de 0,2% en los menores de esta edad, aumenta a 12,2% en el grupo de 45-64 años y a 15, 8% en los de 65 y más años.
- La prevalencia es mayor también en población de menor nivel socioeconómico (NSE); a modo de ejemplo, 21,3% de la población sin estudios formales en comparación con 2,5% en aquellos con estudios superiores.

Diabetes tipo 2 en Chile

- Es un hecho la importancia de la obesidad en el adulto como factor de riesgo independiente para el desarrollo de la diabetes tipo 2.
- 2. Este es otro aspecto preocupante en la población chilena, en la medida que el 22% de la población adulta es obesa (IMC ≥30), y que la prevalencia de obesidad aumenta en forma muy significativa a medida que se avanza en edad, 9% en los jóvenes menores de 25 años y casi el 30% en las personas de 65 y más años.

Diabetes tipo 2 en Chile

- En los Objetivos Sanitarios (OS) para la Década 2000-2010 se propuso “Quebrar la tendencia al ascenso de la tasa de mortalidad ajustada por edad de diabetes mellitus”, manteniendo la tasa estandarizada del año 1999, de 14,2 por cien mil habitantes.
- El 2007 hubo 1503 defunciones por diabetes tipo 2, 89.3% de éstas ocurrieron en personas mayores de 60 años. En la evaluación de los OS para la década realizada a mitad de período, no sólo no se ha quebrado la tendencia al ascenso de la mortalidad, sino que la tasa tuvo un aumento de 20% con respecto al año de referencia, 17,1 por cien mil habitantes.

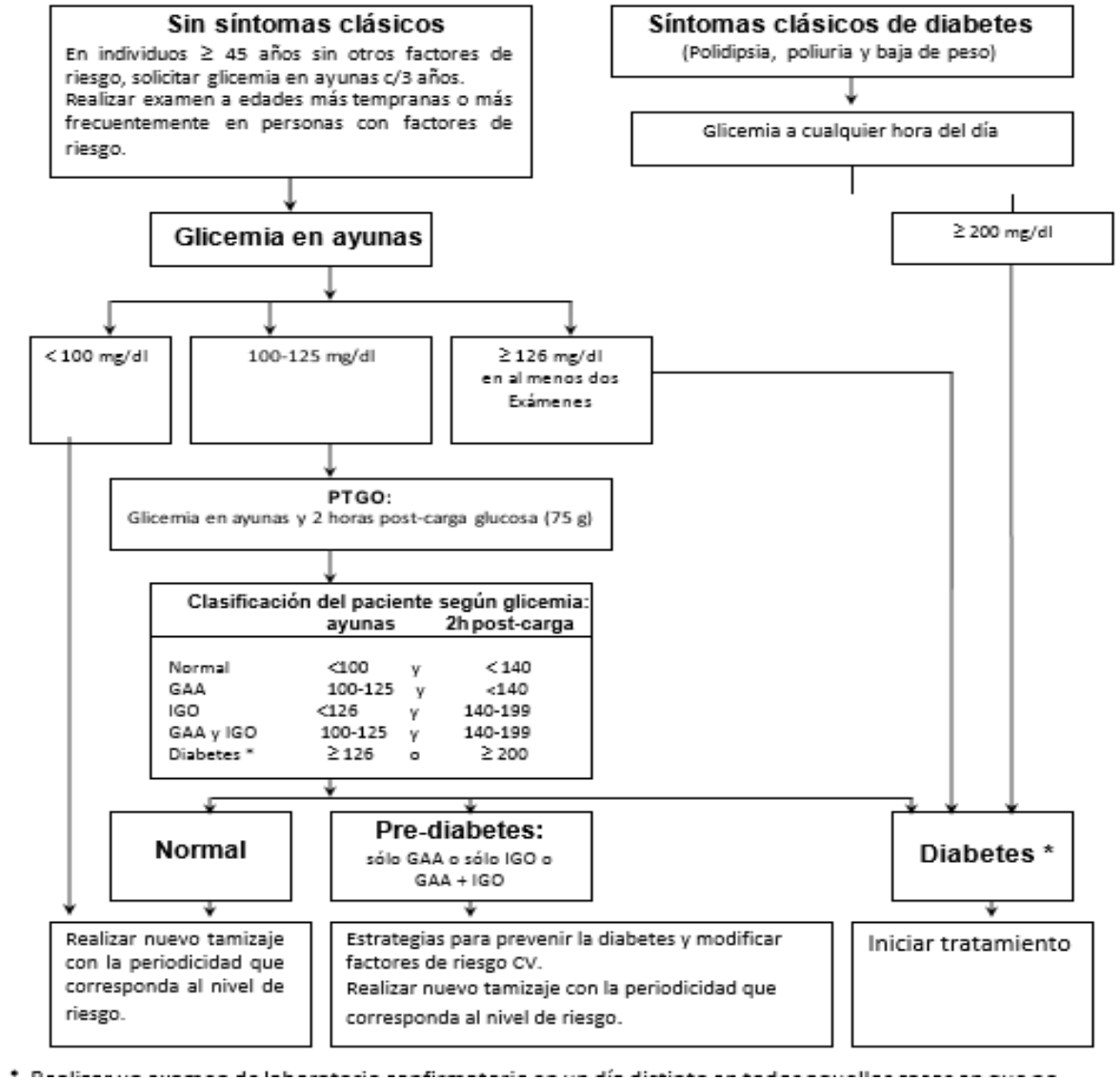
Diabetes tipo 2 en Chile

- La proporción de personas con diabetes en control médico con un buen control metabólico (definido como HbA1c <7%) es deficitaria tanto en el sistema público como en el sistema privado de salud.
- En el nivel primario de atención del sistema público la proporción de pacientes con HbA1c <7% es aproximadamente 36%, sin diferencias según sexo.
- La proporción de pacientes compensados en una muestra de pacientes diabéticos controlados por médicos generales en práctica privada en varios países latinoamericanos, incluido Chile, fue 43,2%,7 cifra calificada como “pobre”, aunque superior al promedio alcanzado por aquellos pacientes atendidos en el sistema público.

Diabetes tipo 2 en Chile

- En Chile hay escasa información sobre las complicaciones de la diabetes.
- Una excepción notable es el registro de diálisis de la Sociedad Chilena de Nefrología, el que indica que la principal causa de ingreso a hemodiálisis (HD) es la nefropatía diabética, con 34% de los ingresos.
- Según la última cuenta del año 2008, había 13.636 en HD, lo que representa un incremento de 78,1% en el número de pacientes desde el año 2000.8 Considerando que el costo por persona mensual de la HD es de $530.000, se estima que el costo anual por HD de los pacientes con nefropatía diabética asciende a unos 30 mil millones.
- Estas cifras indican que cualquier mejoría en la prevención y/o tratamiento tanto de la diabetes como de sus complicaciones, podría evitar o al menos postergar las complicaciones de la diabetes para edades más avanzadas.

Diagnóstico de diabetes, glicemia en ayunas alterada (GAA) e intolerancia



Tamizaje y sospecha diagnóstica

- ¿A quiénes se les debe hacer tamizaje de diabetes tipo 2?
- La diabetes tipo 2 es una enfermedad poco sintomática, por lo que su diagnóstico se efectúa en alrededor del 50% de los casos por exámenes de laboratorio solicitados por otra causa y no por sospecha clínica.
- La escasa sintomatología clásica determina que, con alta frecuencia, se diagnostique tardíamente y en presencia de complicaciones crónicas.
- Este tipo de diabetes aumenta con la edad, sobrepeso/obesidad e inactividad física, la que habitualmente se asocia a otras patologías de alto riesgo cardiovascular, tales como hipertensión arterial y dislipidemia.

Población de alto riesgo para desarrollar diabetes

- Se considera población de alto riesgo de desarrollar diabetes a:

1. Todo sujeto mayor de 45 años.
2. Menores de 45 años con sobrepeso (IMC ≥25 IMC) con uno o más de los siguientes factores de riesgo:

- Parientes de primer grado diabéticos (padres, hermanos)
- Mujer con antecedente de hijos macrosómicos (mas 4 Kg) o historia de diabetes gestacional.
- Sedentarismo
- Hipertensos (≥140/90 mmHg)
- Col HDL ≤35 mg/dl y/o triglicéridos ≥ 250 mg/dl
- Examen previo con intolerancia a la glucosa.

Estados de insulino resistencia. (Síndrome de ovario poliquístico, acantosis nigricans)

- Historia de enfermedad cardiovascular.

- ¿Cómo se realiza el tamizaje y con qué periodicidad?

No se ha determinado la frecuencia óptima para realizar el tamizaje de diabetes tipo 2.

- **<u>Recomendaciones.</u>**
- Realizar pesquisa de DM tipo 2 en individuos mayores de 45 años asintomáticos y en menores de 45 con sobrepeso u obesidad u otros factores de riesgo.
- Si el resultado de la glicemia es <100 mg/dl repetir el examen de pesquisa cada 3 años.
- Si el resultado de la glicemia en ayunas es +100 y <126 mg/dl realizar prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO).

Confirmación diagnóstica y evaluación inicial

- ¿Cuáles son los criterios de diagnóstico de diabetes tipo 2 y otros estados de intolerancia a la glucosa?
- El método de elección para pesquisar y diagnosticar la diabetes tipo 2 en adultos es la glicemia en ayunas en sangre venosa determinada en el laboratorio.
- La glicemia capilar con cintas reactivas no es un examen para el diagnóstico de diabetes, sólo para su control.

- La insulinemia bajo ninguna circunstancia debe utilizarse para el diagnóstico.

Diagnóstico de diabetes tipo 2

- El diagnóstico de diabetes tipo 2 se realiza en cualquiera de las siguientes situaciones:
- ▪ Síntomas clásicos de diabetes (polidipsia, poliuria, polifagia y baja de peso) y una glicemia en cualquier momento del día mayor o igual a 200 mg/dl, sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida.
- ▪ Glicemia en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl. Debe confirmarse con una segunda glicemia 126 mg/dl, en un día diferente. (Ayuno se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas).
- ▪ Glicemia mayor o igual a 200 mg/dl dos horas después de una carga de 75 g de glucosa durante una PTGO,

Técnica y criterios diagnósticos Prueba de Tolerancia a la Glucosa Oral (PTGO)

- Determinación de una glicemia en ayunas y otra a las 2 horas post carga de 75 g de glucosa. Los 75 g de glucosa se disuelven en 250 cc de agua fría, ó 1,75 g de glucosa /kg de peso en niños, hasta un máximo de 75 g.

Condiciones para efectuar la prueba:

- Alimentación previa sin restricciones y actividad física habitual, al menos 3 días previos al examen.
- Suspender drogas hiperglicemiantes (corticoides, tiazidas) 5 días antes de la prueba.
- Permanecer en reposo y sin fumar durante el examen.
- No se debe efectuar en sujetos con cuadro febril, infecciones o que cumplan los criterios diagnósticos de diabetes con glicemias en ayunas

  (+126 mg/dl).

Diagnóstico de pre-diabetes

- La importancia del estado de pre-diabetes radica en que es un factor de alto riesgo de diabetes tipo 2, de enfermedad coronaria, y de mayor mortalidad cardiovascular.
- Se considera pre-diabetes a la glicemia alterada en ayunas o a la intolerancia a la glucosa.
- ▪ Glicemia alterada en ayunas (GAA)
- - Glicemia en ayunas ≥100mg/dl y <126mg/dl, en 2 días diferentes.
- ▪ Intolerancia a la glucosa (IGO)
- - Glicemia en ayunas ≥100 mg/dl y glicemia a las 2 horas post carga entre 140-199 mg/dl.

¿Es posible retardar el desarrollo de diabetes tipo 2?

- Existe evidencia científica que demuestra que es factible retardar el desarrollo de diabetes a través de cambios de estilo de vida o intervenciones farmacológicas.
- La efectividad de las medidas no farmacológicas alcanza a 58% de reducción del riesgo de diabetes, con una reducción de peso entre 5-7% del peso inicial y 150 minutos de actividad física moderada a la semana.
- Estas medidas están recomendadas como primera línea de tratamiento.

- Si estas medidas no logran normalizar los niveles de glicemia, en sujetos obesos con IMC +35 y menores de 60 años, se recomienda agregar metformina.

Evaluación inicial del paciente diabético tipo 2

- Una vez confirmado el diagnóstico de diabetes tipo 2, realizar una evaluación clínica general del paciente con el objeto de:
  - Conocer el estado nutricional.
  - Determinar el grado de control metabólico previo y actual.
  - Investigar la existencia de complicaciones crónicas de la diabetes y la etapa en que éstas se encuentran.
  - Investigar la presencia de enfermedades asociadas o concomitantes.
  - Investigar factores psicosociales que perjudiquen o dificulten la terapia.
  - Establecer los objetivos terapéuticos a corto y mediano plazo.
  - Proponer un plan de manejo: educativo, apoyo psicológico, no farmacológico, farmacológico y derivaciones, según corresponda a su cuadro actual.

EVALUACION INICIAL

- La evaluación inicial del paciente con diabetes tipo 2 estará a cargo de un equipo multidisciplinario capacitado: médico, enfermera y nutricionista y eventualmente otro personal de salud.

- Al médico le corresponde hacer una evaluación clínica completa, analizar el resultado de los exámenes de laboratorio, formular un diagnóstico, el plan terapéutico y registrar los hallazgos en una ficha.

- La enfermera será responsable de educar al paciente en los aspectos básicos de su enfermedad, el autocuidado y monitorear la adherencia al tratamiento.

- La nutricionista debe enseñar los aspectos relacionados con la alimentación como base terapéutica para el buen control de su enfermedad.

Evaluación clínica del paciente diabético al diagnóstico

- Historia clínica

Evaluación clínica del paciente diabético al diagnóstico

- Síntomas y resultados de exámenes diagnósticos.
- Estado nutricional, antecedentes de peso corporal.
- Tratamiento previo y actual, educación recibida, autocontrol.
- Actividad física, características, tiempo, frecuencia, etc.
- Complicaciones agudas de la diabetes e infecciones.
- Complicaciones crónicas de la diabetes y tratamiento efectuado.
- Uso de otros medicamentos.

Evaluación clínica del paciente diabético al diagnóstico

- Factores de riesgo cardiovasculares: antecedentes familiares de enfermedad CV, tabaco, hipertensión arterial, dislipidemia.
- Antecedentes familiares de diabetes.
- Nivel de escolaridad y condición psicosocial.
- Consumo de alcohol y/o drogas.
- Historia gíneco-obstétrica y uso de anticonceptivos.

Evaluación clínica del paciente diabético al diagnóstico

- Examen físico general y segmentario con énfasis en los siguientes aspectos:
- Peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y circunferencia de cintura (CC).
- Presión arterial (acostado y de pie).
- Piel (sitios de inyección de insulina, acantosis nigricans, acrocordones, vitiligo, micosis, heridas, úlceras).
- Exploración de la cavidad oral.

Examen cardiovascular: corazón, carótidas, arterias periféricas de ambas extremidades (femorales, poplíteas, tibiales posteriores y pedias).

- Examen de los pies: neurológico de las extremidades inferiores (reflejos ósteotendinosos, sensibilidad superficial con monofilamento 10 g y sensibilidad vibratoria con diapasón de 128 Hz). Alteraciones ortopédicas de los pies.

Exámenes de laboratorio

- Glicemia en ayunas o post-pandial.
- Hemoglobina A1c.
- Perfil lipídico (colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, y triglicéridos).
- Creatinina sérica, para estimar la velocidad de filtración glomerular (VFG) según fórmula.

  Orina completa (glucosa, cetonas, proteínas y sedimento).
- Microalbuminuria en pacientes sin proteinuria.

¿Qué otros estudios deben realizarse una vez confirmado el diagnóstico de diabetes tipo 2?

- Además de la evaluación clínica y los exámenes de laboratorio ya citados, es necesaria la búsqueda dirigida de daño en órganos blanco:
- retina,
- riñón,
- nervios periféricos y
- corazón.
- Una vez realizada la evaluación completa del paciente el médico podrá precisar la existencia de complicaciones crónicas de la diabetes y clasificar al paciente según su riesgo cardiovascular.

Riesgo cardiovascular y diabetes

- El riesgo cardiovascular de una persona diabética es superior al de otra de iguales características que no es diabética.
- Estudios prospectivos muestran que la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares es dos a cinco veces más alta en las personas diabéticas que las no diabéticas.
- Aproximadamente dos terceras partes de los diabéticos fallece por enfermedad cardiovascular.
- La tasa de letalidad entre aquellos que han tenido un evento cardiovascular es también más alta en ellos.

Riesgo cardiovascular y diabetes

- El riesgo cardiovascular se asocia a la duración de la diabetes, el control glicémico, la presencia de enfermedad renal y de otros factores de riesgo cardiovasculares.
- Existe una asociación continua entre los niveles de HbA1c y la enfermedad cardiovascular: una reducción en 1% en la HbA1c se asocia a una reducción de 21% (95% IC, 15-27%) en el riesgo de muerte asociado a la diabetes y 14% de reducción en el riesgo de IAM en los próximos 10 años.

Riesgo cardiovascular y diabetes

- Las personas diabéticas y con complicaciones renales tienen un riesgo cardiovascular más elevado.
- La mortalidad cardiovascular aumenta al doble o hasta cuatro veces en personas con microalbuminuria y entre cinco a ocho veces en las con proteinuria, al compararlas con las que no tienen elevación de la albúmina.

Riesgo cardiovascular y diabetes

- Una alta proporción de las muertes cardiovasculares ocurre en personas sin signos o síntomas previos de enfermedad CV.
- En estudios cardiovasculares dirigidos hay evidencia que el 20% de los diabéticos asintomáticos presenta isquemia silente.
- El tratamiento intensificado de los factores de riesgo revierte la isquemia en aproximadamente el 80% de los casos.
- El electrocardiograma (ECG) de reposo permite reconocer la existencia de un infarto antiguo del miocardio, no diagnosticado.

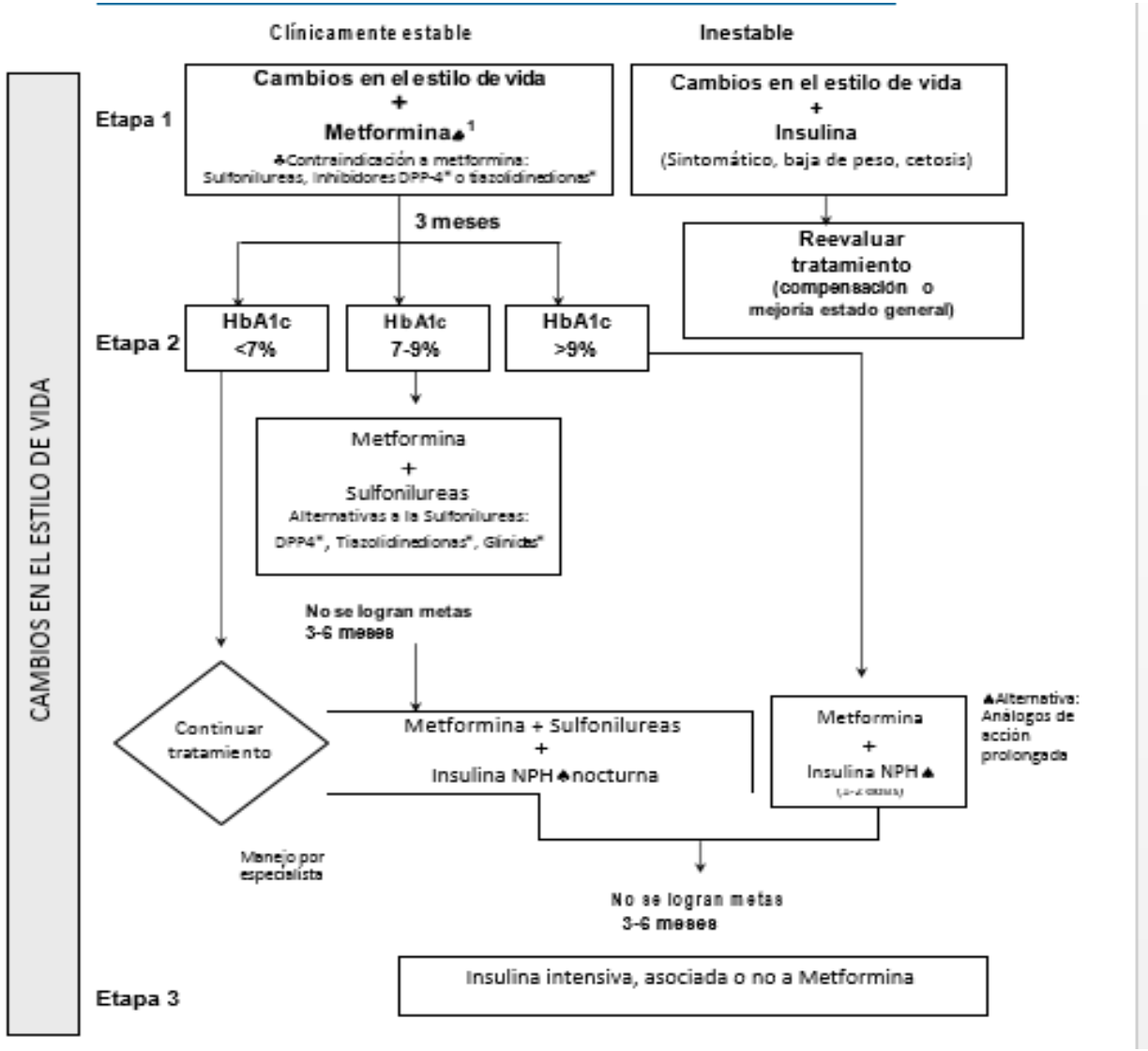
Pacientes diabéticos de muy alto riesgo

- Antecedentes personales de una enfermedad cardiovascular previa: angina, IAM, angioplastía, bypass coronario, crisis isquémica transitoria, ataque cerebral isquémico o enfermedad vascular periférica.
- Sin antecedentes personales de enfermedad cardiovascular, pero con un Col-total >280 mg/dl o
- Col LDL + 190 mg/dl o una relación Col-total /Col-HDL >8.
- Personas con una enfermedad lipídica genética: hipercolesterolemia familiar, defecto familiar , dislipidemia familiar combinada.
- Cifras de presión arterial elevadas en forma permanente: PAS + 160-170 y/o PAD +100-105 mm Hg.
- Personas con diabetes y nefropatía diabética establecida*, o diabetes y otra enfermedad renal.

Objetivos de tratamiento

- El objetivo general del tratamiento de los factores de riesgo en la persona con diabetes es reducir su riesgo cardiovascular.
- La intensidad del tratamiento para lograr este objetivo debe relacionarse con el riesgo pre-tratamiento.
- Mientras más alto el nivel de riesgo, mayor es el esfuerzo para lograr los niveles óptimos de cada uno de los factores de riesgo.
- Todos los factores de riesgo mayores, tabaquismo, presión arterial elevada, dislipidemia y el control glicémico ameritan una atención especial en las personas con diabetes, analizados en el contexto de su nivel de riesgo cardiovascular.
- Uno de los principales objetivos en el manejo del diabético tipo 2 es la prevención de las complicaciones crónicas microangiopáticas y de la enfermedad cardiovascular, que es la principal causa de morbimortalidad de estos pacientes.

Conducta Terapéutica en personas con diabetes Tipo 2



Niveles óptimos de los factores de riesgo mayores en personas con diabetes

Perfil lipídico	Valor	
Colesterol total	<150 mg/dl	
Colesterol LDL	<100 mg/dl	
Colesterol HDL	>40 mg/dl	
Razón Colesterol total/Colesterol HDL	<4.5	
Triglicéridos	<150 mg/dl	
Presión arterial	Sistólica	Diastólica
Personas con diabetes o enfermedad cardiovascular	<130 mm Hg	< 80 mm Hg
Personas con diabetes y nefropatía, microalbuminuria u otra enfermedad renal	Control agresivo de la presión arterial, habitualmente con dos agentes antihipertensivos, incluyendo un inhibidor de la enzima convertidora	
HbA1c	<7%	

Retinopatía diabética

- La diabetes es la causa más frecuente de pérdida de visión por una causa evitable en personas de edad productiva en los países desarrollados.

- Entre 6 y 39% de las personas con diabetes tipo 2 tendrá retinopatía al momento del diagnóstico, y 4-8% con riesgo de pérdida de la visión.

Retinopatía diabética

- Los siguientes factores de riesgo se asocian al desarrollo y progresión de la retinopatía diabética:
- ▪ Duración de la diabetes
- ▪ Mal control glicémico
- ▪ Presión arterial elevada
- ▪ Microalbuminuria y proteinuria
- ▪ Dislipidemia
- ▪ Embarazo
- ▪ Anemia

- La duración de la diabetes se asocia a la gravedad de la retinopatía.

Nefropatía diabética

- El 20 a 30% de las personas con diabetes tipo 2 tiene daño renal al momento del diagnóstico. En nuestro país la nefropatía diabética es la principal causa de enfermedad renal crónica (ERC) en pacientes que inician terapias de sustitución renal.

- En todo paciente con diabetes tipo 2 al diagnóstico, se debe hacer una búsqueda intencionada de nefropatía a través de presencia de proteinuria como marcador de daño renal y la determinación de la función renal.

Nefropatía diabética

- El examen de orina completa realizado al diagnóstico permite detectar la presencia de proteinuria.
- ▪ Si ésta es positiva debe hacerse una prueba de confirmación con la medición de la razón proteínas/creatina (RAC) en una muestra aislada de orina matinal.
- ▪ Si el examen de orina completa es negativo para proteinuria, determinar la presencia de microalbuminuria. Se considera microalbuminuria la excreción sostenida de albúmina urinaria entre 30 y 300 mg/día.
- - Si la microalbuminuria es menor de 30 mg/g, realizar un nuevo control en un año.
- - Si es igual o superior a 30 mg/g de creatinina y menor de 300 mg/g, confirma la presencia de microalbuminuria. Para confirmar el diagnóstico de nefropatía incipiente, repetir la misma prueba en un plazo máximo de 6 meses.

Pie diabético

- El síndrome de pie diabético es definido por la OMS como la ulceración, infección y/o gangrena del pie, asociados a neuropatía diabética y diferentes grados de enfermedad arterial periférica.
- Es la consecuencia de una descompensación sostenida de los valores de glicemia, que desencadenan alteraciones neuropáticas (70% de las úlceras diabéticas), isquemia (15% de los casos), neuro-isquémicas (15% de los casos) y propensión especial a sufrir infecciones, y alteraciones que las llevan a presentar riesgo de lesiones y amputaciones.
- Las lesiones pueden corresponder a hiperqueratosis, deformidades osteoarticulares y otras, para llegar a ulceraciones activas tanto de la planta como de los bordes del pie o dorso de ortejos y uñas, asociadas o no a infección, lesiones óseas y alteraciones cutáneas en vecindad.

Estimación del riesgo de ulceración del pie en personas con diabetes

PASOS					
1º	2º	3º	4º	5º	6º
¿Historia de úlcera o amputación?	EAP [a]	Sensibilidad protectora [b]	DEF [c]	Grupos de riesgo	Recomendaciones
☐ No	☐ No	☐ Normal	☐ No ☐ Sí	0 BAJO	Próxima evaluación: 1 año Educación para el autocuidado Calzado apropiado
		☐ Alterada	☐ No	1 MODERADO	Próxima evaluación: 6 meses Educación para el autocuidado Calzado apropiado
			☐ Sí	2 ALTO	Próxima evaluación: 3-6 meses Intensificar la educación para el autocuidado Calzado especial si requiere Considerar referir a especialista para manejo conjunto
	☐ Sí	☐ Normal ☐ Alterada	☐ No ☐ Sí		
☐ Sí	☐ No ☐ Sí	☐ Normal ☐ Alterada	☐ No ☐ Sí	3 MÁXIMO	Próxima evaluación: 1-3 meses Intensificar la educación para el autocuidado Calzado especial si requiere Referir a especialista para manejo conjunto

“Estimación del riesgo de ulceración del pie en personas con diabetes” Pasos a seguir:

- Primero debe realizar una breve anamnesis y luego realizar un examen físico con el paciente des- calzo.
- El examen debe considerar:
- Inspección general: considerar estado de la piel y fanéreos, no olvidar zona interdigital.
- Evaluación músculo esquelética: especial atención a las anormalidades estructurales.
- Evaluación vascular: evaluar temperatura y pulsos (pedio y tibial posterior)
- Evaluación neurológica: específicamente la indemnidad de la sensibilidad protectora; para esto, se recomienda utilizar un monofilamento de 10g. Otra prueba opcional es la sensibilidad vibratoria con diapasón de 128 Hz.
- Evaluación del calzado: tamaño y forma apropiada para el pie del paciente, superficie interna y tipo de material.

Estimación del riesgo de ulceración del pie en personas con diabetes”

“Estimación del riesgo de ulceración del pie en personas con diabetes” siguiendo los pasos a continuación señalados:

- • Responda la 1º columna: ¿Historia de úlcera o amputación? (No/Sí)
- • Si la respuesta es “Sí”: su paciente pertenece al grupo de riesgo MÁXIMO (fila roja). Complete el resto de las variables de la fila respectiva (casilleros con línea punteada en las columnas 2, 3 y 4) para realizar recomendaciones acordes.
- • Si la respuesta es “No”: marque el casillero correspondiente y continúe con la 2ª columna.

Estimación del riesgo de ulceración del pie en personas con diabetes”

- • Responda la 2ª columna: ¿Enfermedad Arterial Periférica? (No/Sí); para marcar su respuesta considere sólo aquellos casilleros con línea continua.
- • Si la respuesta es “Sí”: su paciente pertenece al grupo de riesgo ALTO (fila naranja). Complete el resto de las variables de la fila respectiva (casilleros con línea punteada en las columnas 3 y 4) para para realizar recomendaciones acordes.
- • Si la respuesta es “No”: marque el casillero correspondiente y continúe con la 3ª columna.

Estimación del riesgo de ulceración del pie en personas con diabetes”

- • Responda la 3ª columna: ¿Sensibilidad Protectora? (Normal/Alterada); para marcar su respuesta considere sólo aquellos casilleros con línea continua.
- • Si la respuesta es “Normal”: su paciente pertenece al grupo de riesgo bajo (fila verde). Complete el resto de las variables de la fila respectiva (casilleros con línea punteada en la columna 4) para para realizar recomendaciones acordes.
- • Si la respuesta es “Alterada”: marque el casillero correspondiente y continúe con la 4ª columna.

Estimación del riesgo de ulceración del pie en personas con diabetes”

- • Responda la 4ª columna: ¿Deformidad? (No/Sí); para marcar su respuesta considere sólo aquellos casilleros con línea continua.
- • Si la respuesta es “No”: su paciente pertenece al grupo de riesgo MODERADO (fila amarilla).
- • Si la respuesta es “Sí”: su paciente pertenece al grupo de riesgo ALTO (fila naranja).
- • La 6ª columna le recuerda la frecuencia sugerida para la próxima evaluación de los pies y el conjunto de recomendaciones que le debe entregar a la persona con diabetes.

VIDEOS DE APOYO

- PEVIENE LA DIABETES MELLITUS
- https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/MK_Diabetes_2.mp4?_=1

- CUIDADOS DE LOS PIES:
- https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/MK_Diabetes_1.mp4?_=2
- CUIDADO DE LOS OJOS.
- https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/MK_Diabetes_3-V4-HD.mp4?_=3